


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN E IMPLANTE DE TEJIDOS Y/O XENOINJERTOS, EXCEPTO CÓRNEAS</p>	<p>FECHA: 20-08-2025</p>
	<p>Versión: 06</p>	<p>CÓDIGO: RG-INDOT-501</p>
	<p> PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/> </p>	<p>PÁGINA: 1 de 1</p>

FORMULARIO 001.AP

1. DATOS DEL PROFESIONAL

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Especialidad:	
Nº de Registro SENESCYT o entidad que la represente:	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

FOTO

2. SOLICITUD		
Tipo de tejido	Ablación	Implante
Esclera	N/A	
Membrana Amniótica	N/A	
Sistema Osteomuscular Ligamentoso y Osteoarticular		
Homoinjertos valvulares, vasculares y otros tejidos cardíacos		
Piel		
Xenoinjerto:		
Tipo:	N/A	
Otros: (la autorización se realizará previo análisis del INDOT)		

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada donde conste el número de documento identidad y/o pasaporte.		
2. Carta de compromiso de autorización de profesionales para ablación e implante de tejidos excepto córneas RG-INDOT-502, con firma y sello del profesional.		

En....., a..... de..... del.....

Nombre, firma y sello del profesional solicitante